

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM PACIENTES CRÍTICOS HOSPITALIZADOS POR COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

Luana Roberta Junges², Adriane Huth³

¹ Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

² Estudante do Curso de Graduação em Nutrição, na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul ? UNIJUI | luana.junges@sou.unijui.edu.br. Ijuí/RS/ Brasil.

³ Coautora; Mestre em Ciências Biológicas: Bioquímica e Coordenadora do Curso de Nutrição, UNIJUI | adriane.huth@unijui.edu.br. Ijuí/RS/ Brasil.

RESUMO

A escolha da conduta nutricional na terapia enteral é um grande desafio. A adequação da terapia ao paciente crítico deve suprir suas necessidades específicas. Objetivo: Compilar os aspectos nutricionais para o manejo da terapia enteral em pacientes críticos internados por COVID-19. Metodologia: Estudo de revisão sistemática de literatura baseado em artigos científicos encontrados no site das Sociedades de Nutrição Clínica e Metabolismo: ASPEN, BRASPEN, ESPEN. O período de busca foi de fevereiro a outubro de 2020, com as palavras-chave: nutrição enteral, unidade de terapia intensiva, paciente crítico, covid-19. Conclusão: A intervenção nutricional e a terapia nutricional devem ser parte integrante da abordagem aos pacientes vítimas de Covid-19, a fim de recuperar e manter o estado de eutrofia. O estudo descreveu as principais orientações, no entanto é relevante mais estudos para avaliar as diferentes aplicações na prática clínica.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e cerca de 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldades respiratórias, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (BRASIL, Ministério da Saúde, 2020).

A infecção por COVID-19 tornou-se uma pandemia em 2020. Globalmente, dia 10 de fevereiro de 2021 houveram 106.555.206 casos confirmados de COVID-19, incluindo 2.333.446 mortes, notificados à OMS (disponível em: <https://covid19.who.int/>). Para tratar os pacientes críticos hospitalizados (cerca de 5% dos infectados) recomenda-se a terapia nutricional no cuidado integral, tendo o propósito de manter, minimizar ou recuperar o estado nutricional de eutrofia. A principal complicação nestes pacientes é a disfunção respiratória seguida da disfunção renal (6). Em pacientes críticos, dentre estes, os casos mais graves de COVID-19, em geral estão relacionados a um estado de hipercatabolismo, uma resposta inflamatória sistêmica associada a complicações que levam ao aumento da morbidade infecciosa, da disfunção múltipla de órgãos, da hospitalização prolongada e da taxa de mortalidade (6). A precocidade na aplicação da TNE previne a subnutrição, promovendo estado nutricional adequado, evitando complicações.

A Resolução nº 63 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, de 06/07/2000, define nutrição enteral como sendo:

Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada por uso de sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

A indicação de nutrição enteral (NE) deve estar associada ao funcionamento do trato gastrointestinal (TGI), ingestão via oral (IVO) insuficiente (comumente IVO <60% da recomendação) (KRAUSE, 2012) mais grau de desnutrição/ catabolismo/ percentual de perda de peso e presença de disfagia.

Conforme a ESPEN (Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo) orienta, pacientes que permanecem na Unidade de Terapia Intensiva por mais

de 48h se beneficiam de Terapia Enteral precoce, evitando assim o alto risco de desnutrição. A Triagem Nutricional em até 48h após a internação é recomendada pelas principais Diretrizes de Terapia Nutricional, contudo com a atual pandemia do COVID-19 é sugerido ao nutricionista que evite o contato físico com os pacientes (6). A monitoração do estado nutricional é substancial para a evolução dietoterápica e recuperação do paciente.

A escolha da conduta nutricional na terapia enteral é um grande desafio. A adequação da oferta energética ao paciente crítico deve suprir suas necessidades de forma específica. Os casos graves de COVID-19 aumentam a demanda energética, pois estão correlacionados a um estado de estresse catabólico e resposta inflamatória sistêmica relacionada às complicações respiratórias (10).

Cabe ao nutricionista inserido na Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional realizar a avaliação do estado nutricional dos pacientes, das necessidades nutricionais, tanto para a nutrição enteral (NE) quanto para a nutrição parenteral (NP) e pela prescrição dietética da Terapia Nutricional Enteral (TNE) (Resolução RDC/ANVISA nº 63, de 6 de julho de 2000, e na Portaria nº 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998).

O estudo foi definido a partir da necessidade atual em enfrentar os casos de covid-19, evitando assim a desnutrição dos pacientes, tendo em vista que a infecção ainda está presente no Brasil com progressão diária de novos casos.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado por meio de uma revisão de literatura a respeito do tema, mediante consulta às principais orientações e *guidelines* publicados no de 2020 pelas principais Sociedades de Nutrição Clínica e Metabolismo: Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral (ASPEN), Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN). Também foi consultado o site do MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Site Conselho Federal dos Nutricionistas.

As palavras-chave utilizadas foram: nutrição enteral, COVID-19, paciente crítico,

nos idiomas português e inglês.

Os critérios de inclusão e exclusão podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão de artigos para revisão de literatura

Inclusão	Exclusão
Artigos publicados no ano de 2020	Artigos publicados anteriores a 2020
Conter no título terapia nutricional enteral, terapia nutricional, paciente COVID-19	Tema não estando em conformidade com os objetivos estabelecidos.
Conter ao menos no resumo as demais palavras-chave	Artigos com bases de dados desconhecidos.
Bases de dados confiáveis com boa qualidade metodológica.	

RESULTADOS

Inicialmente foram identificados dez (10) artigos por meio de palavras-chave, dos quais seis (06) foram excluídos por não estarem de acordo com o critério de inclusão: conter no título terapia nutricional enteral, terapia nutricional, paciente COVID-19. Foram selecionados quatro (04) artigos para análise completa do texto, sendo os 4 das Sociedades de Nutrição Clínica e Metabolismo (ASPEN, BRASPEN, ESPEN).

DISCUSSÃO

Considerando que o paciente acometido com covid-19 em estado crítico, está sujeito à desnutrição, seja por poli morbididades ou pelo hipercatabolismo das complicações, o presente estudo abordará as características do manejo nutricional em pacientes acometidos com covid- 19 em estado crítico.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A etapa inicial da avaliação nutricional é a identificação de risco e presença de desnutrição em todos os pacientes, priorizando os adultos mais velhos e indivíduos que sofrem de doenças crônicas e agudas devido à desnutrição ser acentuada pela incapacidade de preservar composição corporal saudável nestes indivíduos (10).

Para avaliação do paciente com COVID-19 as sociedades de terapia nutricional e o Conselho Federal dos Nutricionistas (BRASPEN/ ASPEN/ ESPEN / Conselho Federal dos Nutricionistas (CFN)) recomendam que: o nutricionista evite contato físico com os pacientes, utilizando os equipamentos de proteção individual (EPI) com fim de evitar e proteger o profissional de saúde e limitar a propagação de doenças. Os EPI's incluem óculos de proteção, bata de isolamento, uma máscara facial e um respirador N95.

Na avaliação nutricional podem-se utilizar dados secundários com a finalidade de evitar o contato físico com o paciente. É recomendada a utilização de outros meios para coletar dados de avaliação, incluindo ligar para o paciente ou família e utilizando visitas de telessaúde (virtual e telefone) incluindo várias plataformas (áudio e visual), ou por dados secundários de prontuários (6,10,11).

Pacientes em risco nutricional aumentado e com maior mortalidade após infecção com SARS-COV-2, isto é, adultos mais velhos e indivíduos com morbidades, devem ser verificados quanto à desnutrição por meio de triagem e avaliação. A realização da triagem nutricional deve ser em até 48 horas após a admissão do paciente. (6,10,11)

Para avaliação nutricional o instrumento recomendado pela ESPEN e pela BRASPEN/AMIB é o instrumento de triagem Nutritional Risk Screening – NRS 2002. Recomendando que, no momento da admissão do paciente, devem-se incluir perguntas de triagem nutricional.

A massa muscular pode ser avaliada melhor por absorciometria de energia dupla, análise de impedância bioelétrica (BIA), tomografia computadorizada ou imagem de Ressonância Magnética (10).

A Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral BRASPEN, elaborou

alguns critérios de seleção para risco nutricional com base nas morbidades relacionadas ao pior prognóstico, indicadores e sintomas associados à desnutrição, considerando como risco nutricional os pacientes que apresentarem ao menos 1 dos critérios, conforme :

- Idosos ≥ 65 anos
- Adulto com IMC atrófico;
- Pacientes com risco alto ou lesão por pressão;
- Pacientes imunossuprimidos;
- Inapetentes;
- Diarreia persistente;
- Histórico de perda de peso;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, pneumopatias estruturais;
- Cardiopatias, incluindo hipertensão arterial;
- Diabetes insulínica;
- Insuficiência renal;
- Gestante.

A ESPEN evidencia os Critérios fenotípicos e etiológicos para o diagnóstico de desnutrição, adaptados para pacientes Covid-19, através dos seguintes critérios:

- Perda de peso (%) ($> 5\%$ - $> 10\%$ após 6 meses);
- IMC baixo (< 20 se < 70 anos, ou < 22 se > 70 anos. Ásia: $< 18,5$ se < 70 anos, ou < 20 se > 70 anos);
- Inflamação presente (doença aguda/ ferida ou relacionada à doença crônica);
- Massa muscular reduzida;
- Ingesta alimentar reduzida (50% da ER > 1 semana, ou qualquer redução, por > 2 semanas, ou qualquer condição Gastrointestinal crônica que afeta negativamente a assimilação ou absorção de alimentos).

INDICAÇÃO E APLICABILIDADE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL

Os pacientes que permanecem por mais de 48 horas na UTI se encaixam nos critérios para risco de desnutrição. Conforme a recomendação da ESPEN 2019,

estes pacientes se beneficiam de TN precoce e individualizada (6), em pacientes graves, a Nutrição Enteral (NE) é a via preferencial sugerida pela BRASPEN que seja iniciada entre 24 e 48 horas.

A nutrição enteral precoce (NE) deve ser iniciada dentro de 24-36 horas após a admissão na UTI ou dentro de 12 horas após a intubação e colocação em ventilação mecânica. No paciente incapaz de manter a ingestão oral, a NE precoce é recomendada por ambas as orientações da ASPEN e ESPEN. O início precoce da TNE em pacientes com risco de desnutrição é associado a menor mortalidade e menor incidência de infecções, comparado com aqueles para os quais a terapia é prorrogada, a monitoração do peso do paciente é fundamental para a avaliação da desnutrição.

A nutrição enteral deve ser utilizada quando as necessidades nutricionais não podem ser atendidas pela via oral, tal como, ingestão oral insuficiente por mais de três dias ou abaixo da metade das necessidades de energia por mais de uma semana. Nesses casos, o uso de NE é indicado, devido ao menor risco de complicações infecciosas e não infecciosas (10).

A decisão quanto ao manejo nutricional irá depender da progressão da infecção, do suporte respiratório e se o paciente está em Unidade de Terapia Intensiva, após avaliação do risco nutricional. (6,10)

É unânime entre as recomendações das associações ASPEN, BRASPEN, ESPEN a via de alimentação: A alimentação por via oral é a preferencial em pacientes não graves com diagnóstico de COVID-19, incluindo a utilização de suplementos orais quando a ingestão energética estimada for < 60% das necessidades nutricionais. Em pacientes graves, a Nutrição Enteral (NE) é a via indicada e é sugerida que seja iniciada entre 24 e 48 horas. No caso de contraindicação da via oral e/ou enteral, a Nutrição Parenteral (NP) deve ser iniciada o mais precocemente possível. Sugere-se considerar o uso de NP após 5 a 7 dias em pacientes que não conseguirem atingir aporte calórico proteico > 60% por via digestiva. (6). A sonda nasogástrica é indicada pela ASPEN e BRASPEN como a via primária, a via nasoentérica é recomendada em casos em que a nasogástrica não é aplicável.

Alguns sintomas podem atrasar o início da Terapia Nutricional Enteral, estes

incluem hipoxemia e sintomas gastrointestinais intensos. ASPEN expressa que a maioria dos pacientes com sepse ou choque circulatório demonstrou tolerar bem a NE precoce.

A TNE é contraindicada em pacientes com instabilidade hemodinâmica que requer suporte vasopressor em altas doses ou crescentes. Também naqueles que estejam recebendo agentes vasopressores ou que tenham níveis de lactato aumentado (11). A nutrição Parenteral em substituição da Nutrição Enteral deve ser considerada quando os sintomas gastrointestinais estiverem presentes e agudos como a intolerância gastrointestinal manifestada por dor abdominal inexplicável, náusea, diarreia, distensão abdominal significativa, alças dilatadas do intestino delgado e grosso com níveis de ar / fluido, pneumatose intestinal ou aumento das saídas nasogástricas nas 6 a 12 horas anteriores com início das alimentações tróficas ou anterior ao início da NE (10,11).

A NE também deve ser adiada na presença de choque não controlado, instabilidade hemodinâmica e de perfusão teciduais não atendidas, como em caso de hipoxemia, hipercapnia ou acidose com risco de vida não controlada (10). A NE pode ser iniciada novamente após o período de estabilização dos sinais e deve iniciar com baixa dosagem (10). Já a BRASPEN sugere que a NE em casos de hipercapnia pode ser mantida e deve ser suspensa em caso de hipoxemia e acidose grave descompensadas.

FÓRMULA ESPECIALIZADA

A BRASPEN sugere não utilizar fórmula especializada com alto teor lipídico e baixo teor de carboidrato para manipular coeficiente respiratório e reduzir produção de CO₂ em pacientes críticos com disfunção pulmonar. O uso de uma fórmula enteral com ômega 3, óleos de borragem e antioxidantes em pacientes com Síndrome do desconforto respiratório agudo não é indicado (6). Sugere-se evitar utilizar módulos pela maior manipulação do paciente e aumento do risco para equipe de enfermagem (6). A fórmula enteral prescrita, segundo a orientação da BRASPEN, deve ser com alta densidade calórica (1,5-2,0kcal/ml) em pacientes com disfunção respiratória aguda e/ou renal, objetivando restrição da administração de fluidos.

Divergindo às recomendações da BRASPEN, a ASPEN orienta que quaisquer

módulos nutricionais suplementares, como pacotes de proteínas, probióticos ou fibras solúveis podem ser administrados uma vez por dia. Nas recomendações da ESPEN não constaram informações sobre utilização de módulos, apenas que o aporte de vitaminas e minerais deve ser garantido em indivíduos com desnutrição.

A ASPEN sugere o uso de fórmula enteral isosmótica polimérica padrão de alta quantidade de proteína (> 20% de proteína) na fase aguda inicial da doença crítica. A adição de fibra deve ser considerada conforme o estado do paciente e quando houver queda dos requisitos vasopressores(11). Se houver disfunção GI significativa uma fórmula sem fibras pode ser mais bem tolerada (11).

Quanto a adição de fórmulas contendo oligoelementos a ASPEN coloca que existe escassez de estudos com a população específica (pacientes covid-19 crítico) que justifiquem uma recomendação formal e o custo adicional, embora os benefícios teóricos sejam descritos nos estudos. Em oposição a isso, a ESPEN sugere utilizar oligoelementos em pacientes desnutridos e com risco para ou com COVID-19, visando maximizar a defesa nutricional anti- infecção geral.

DOSE DE NUTRIÇÃO, AVANÇO PARA A META E AJUSTES

A administração da TNE recomendada é a TNE por Bomba de Infusão Contínua (BIC) em vez de em bolus. (10,11). O volume de vazão inicial não foram não foi relatado nas orientações, apenas que o manejo da nutrição enteral deve ser normocalórica ou hipocalórica inicialmente, evoluindo gradualmente ao passar dos dias, dependendo do caso do paciente. Em casos com risco de aspiração muito alta, é indicado a NE pós-pilórica ou, se não for possível, NP temporária (10).

Em pacientes com risco de síndrome de realimentação, ASPEN recomenda começar com aproximadamente 25% do valor calórico de meta, em pacientes alimentados com NE ou NP e monitorar frequentemente o fosfato sérico os níveis de magnésio e potássio à medida que as calorias aumentam gradativamente. As primeiras 72 horas de alimentação é o período de maior risco (11).

Para o acompanhamento e prevenção da síndrome da realimentação a

BRASPEN orienta que seja monitorado frequentemente o fósforo sérico. A deficiência de fósforo e fosfato pode contribuir para retardo no desmame ventilatório de pacientes críticos.

RECOMENDAÇÕES DE ENERGIA E PROTEÍNA

A alimentação deve ser iniciada com NE de baixa dosagem, definida como hipocalórica ou trófica, avançando para dose completa de NE lentamente durante a primeira semana de doença crítica para atingir a meta de energia de 15-20 kcal / kg peso corporal real/dia (que deve ser 70-80% das necessidades calóricas) e proteína meta de 1,2-2,0 g / kg / dia (11).

As necessidades nutricionais devem levar em consideração o uso de propofol em termos de calorias lipídicas e calorias totais necessárias (11). A BRASPEN sugere iniciar com um aporte calórico menor, em concordância as recomendações da ASPEN, entre 15 a 20 kcal/kg/dia e progredir para 25 kcal/kg/ dia após o quarto dia dos pacientes em recuperação. ESPEN orienta que a administração de energia inicie com nutrição hipocalórica progredindo até 80 à 100% após o terceiro dia, em caso de utilização das equações para estimar a necessidade de energia, a nutrição deve ser hipocalórica, sendo assim superior à nutrição isocalórica para a primeira semana de internação na UTI devido a relatos de superestimativa das necessidades energéticas (10).

É recomendado não utilizar calorimetria indireta pelo risco de disseminação da doença (6,11). A ESPEN propõe que a calorimetria indireta deve ser utilizada desde que se tenha segurança com esterilidade garantida, em caso de indisponibilidade, o VO₂ (consumo de oxigênio) do cateter arterial pulmonar ou VCO₂ derivado do ventilador proporcionará uma melhor avaliação de gasto de energia do que as equações preditivas. Abaixo estão descritas orientações que a ESPEN sugere ao utilizar as equações:

- 27 kcal por kg de peso corporal ao dia; gasto total de energia para pacientes poli mórvidos com idade > 65 anos (recomendação 4,2 na ref. [2]);
- 30 kcal por kg de peso corporal e dia; gasto total de energia para pacientes poli mórvidos gravemente abaixo do peso (recomendação 4.3. na ref. [2]) *;
- 30 kcal por kg de peso corporal e dia; valor orientador para energia ingestão

em idosos, este valor deve ser individualmente ajustado em relação ao estado nutricional, atividade física nível, estado da doença e tolerância (recomendação 1 na ref. [1]) * A meta de 30 kcal / kg de peso corporal em pessoas gravemente abaixo do peso os pacientes devem ser cuidadosa e lentamente alcançados, pois esta é uma população com alto risco de síndrome de realimentação;

As necessidades de proteína podem ser estimadas usando fórmulas como:

- 1 g de proteína por kg de peso corporal e dia em pessoas idosas; a montante deve ser ajustado individualmente em relação a estado nutricional, nível de atividade física, estado da doença e tolerância (recomendação 2 na ref. [1]).
- 1 g de proteína por kg de peso corporal e dia no poli mórbido pacientes médicos internados, a fim de evitar a perda de peso corporal, reduzir o risco de complicações e readmissão Hospitalar e melhorar o resultado funcional (Recomendação 5.1 em ref. [2]).
- As necessidades de gordura e carboidratos são adaptadas às necessidades de energia considerando uma proporção de energia de gordura e carboidratos entre 30:70 (indivíduos sem deficiência respiratória) a 50:50 (pacientes ventilados, veja abaixo) por cento.

Aporte proteico fase aguda recomendada pela BRASPEN é entre 1,5 e 2,0 g/kg/dia de proteína, mesmo em caso de disfunção renal. Com a seguinte sugestão de progressão: <0,8 g/kg/dia no 1º e 2º dias, 0,8-1,2 g/kg/dia nos dias 3-5 e > 1,2 g/ kg/dia após o 5º dia. No artigo publicado pela ASPEN não é descrito dados por kg de peso.

NUTRIÇÃO PARA O PACIENTE SUBMETIDO À POSIÇÃO PRONA

A posição PRONA é utilizada para melhorar a oxigenação e aumentar a depuração da secreção brônquica em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo. A maioria dos pacientes tolera NE entregue no estômago (11). A colocação da sonda de alimentação indicada pela ASPEN é sonda pós-pilórica, e a cabeceira da cama deve ser elevada (Trendelenburg reverso) a pelo menos 10 a 25 graus para diminuir o risco de aspiração de conteúdo gástrico, edema facial e hipertensão intra- abdominal (6).

Quando os pacientes estão estabilizados em posição PRONA, a alimentação enteral pode ser iniciada após a medição calorimetria indireta visando o fornecimento de energia para 30% do valor medido gasto de energia (10). A administração de energia será aumentada progressivamente, em casos de emergenciais a equação preditiva recomendada é 20 kcal/ kg / dia e pode ser usada aumentando para 50 à 70% das calorias no segundo dia para chegar a 80 a 100% (10).

A BRASPEN apresenta as seguintes orientações quanto ao uso da posição PRONA em pacientes covid-19:

- É sugerido NÃO realizar Endoscopia Digestiva Alta nesta população pelo alto risco de contaminação
- É sugerido que a NE seja continuada durante a posição PRONA. Destacamos o cuidado em pausar a dieta antes de movimentar o paciente para posição pronada, conforme o tempo sugerido por protocolo local.
- É sugerido utilizar fórmula hipercalórica hiperproteica sem fibras em volume trófico (até 20ml/h) durante todo o período de prona ou primeiros 6 dias.
- Manter cabeceira elevada em 25-30° (Trendelemburg Reverso)
- É sugerido prescrever pró cinético fixo (metoclopramida ou eritromicina)
- Ofertar NE de maneira contínua, em bomba de infusão
- Iniciar a dieta após a primeira hora e manter até 1 hora antes do retorno à posição supina. Se já estiver em uso de TN:
- É sugerido pausar a dieta enteral e abrir a sonda em sifonagem 2 h antes da manobra de pronar o paciente e reiniciar a NE 1 h após.
- É sugerido não suspender nutrição parenteral para execução da manobra.

A partir das recomendações das sociedades ASPEN, BRASPEN E ESPEN constata-se que a posição PRONA não representa contraindicação para a terapia NE, desde que executada com segurança, seguindo as orientações supra descritas. Em casos de alta hospitalar com risco nutricional a TNE e os planos nutricionais devem ser mantidos seguindo as recomendações da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional.

CONCLUSÃO

O estudo objetivou compilar as orientações das diretrizes nacionais e internacionais de Nutrição Enteral para pacientes infectados por COVID-19 em estado crítico, auxiliando o nutricionista no manejo da terapia nutricional, bem como na tomada de decisão a fim de traçar a melhor conduta nutricional para os pacientes.

Sendo assim através das descrições foram demonstradas as unanimidades e divergências nas orientações e também outras pontualidades e particularidades da Terapia Nutricional Enteral.

A intervenção nutricional deve ser parte integrante na terapia aos pacientes infectados pelo COVID-19, a fim de recuperar e manter o estado de eutrofia. A nutrição adequada antes, durante e após a internação hospitalar são preditores de uma recuperação acelerada e menor índice de mortalidade.

Através do estudo, foi identificada a necessidade de mais pesquisas que avaliem a aplicação das orientações das sociedades na prática clínica, a fim de traçar as orientações de melhor resultado, proporcionando discernimento na escolha a qual diretriz seguir. Para a atual pandemia e para futuras pandemias se faz necessário o aprimoramento de protocolos de cuidados, e investimento em educação nutricional para promover saúde à população.

Palavras-chave: Terapia Enteral; Paciente Crítico e COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. A, D. V.*et al.* ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics: ESPEN Guideline. **Clinical Nutrition**, D. Volkert, v. 38, n. 2019, p. 1-47, mai./2017.
2. A, F. G.*et al.* ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. **Clinical Nutrition**, Aarau, Switzerland., v. 0261, n. 2017, p. 1-18, jun./2017. Disponível em: <https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/PIIS0261561417302364.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Portaria nº 451, de 19 de setembro de 1997**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 nov. 2020.

4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sobre a Doença**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 29 nov. 2020.
5. CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. <https://www.cfn.org.br/index.php/destaques/19913/>. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/>. Acesso em: 29 nov. 2020.
6. LF, C.*et al*. Parecer BRASPEN/AMIB para o Enfrentamento do COVID-19 em Pacientes Hospitalizados. . **BRASPEN JOURNAL** , Rua Abilio Soares, 233, Conjunto 144 São Paulo / SP - CEP 04005-000., v. 35, n. 2020, p. 1-5, mar./2020. Disponível em: <https://www.braspen.org/>. Acesso em: 29 nov. 2020.
7. MAHAM; ESCOTT-STUMP, L. K.;; KRAUSE, S.. **Krause**: Alimentos, nutrição e dietoterapia. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 1-1256.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Painel do WHO CoronavirusDisease (COVID-19)**. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 29 nov. 2020.
9. Piovacari SMF, Santos GFCG, Santana GA, Scacchetti T, Castro MG. Fluxo de assistência nutricional para pacientes admitidos com COVID-19 e SCOVID-19 em unidade hospitalar. *Braspen J.* 2020;35.
10. R, B.*et al*. ESPEN expert statementsandpracticalguidance for nutritional management ofindividualswith SARS-CoV-2 infection: EuropeanSociety for ClinicalNutritionandMetabolism. **EuropeanSociety for ClinicalNutritionandMetabolism**, Departmentof Medical Sciences, Universityof Trieste, StradadiFiume, 447, 34149, Trieste, Italy, v. 2020, n. 38, p. 1-8, mar./2020. Disponível em: <https://www.espen.org/>. Acesso em: 29 nov. 2020.
11. R, M.*et al*. NutritionTherapy in thePatientwith COVID-19 DiseaseRequiring ICU Care. **SocietyofCriticalCare Medicine; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition**, 8401 Colesville Road, Suite 510 Silver Spring, MD 20910, v. 01, n. 2020, p. 1-8, abr./2020. Disponível em: <https://www.nutritioncare.org/>. Acesso em: 29 nov. 2020.